



SERVICIO NACIONAL
DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O
PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL ATLÁNTICO
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS-ATLANTICO-SERVICIOS PRESTADOS A

Código Regional	8
Código Centro	930210
Fecha Elaboración	31 de marzo de 2020
Versión	ENERO 2020 - 1,20
ID de Proceso	01609-087143

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	JANINE ALGARIN OROZCO	C.C.	22.458.425	IP/Nº de contacto	52009
Correo electrónico contratista:	jalgarin5@misena.edu.co				
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	Es declarante de renta?	SI	Es Pensionado?	NO
Sus ingresos en el 2019 Superaron \$47.978.000	NO	Inducción SST	SI	Presta Servicios Excluidos de IVA ?	NO
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	Tipo de cta	AHORROS	Nº Cuenta	76738579298
Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?	NO	Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2020 supera los \$ 124.625.000			NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	1311014/2020	Nº Compromiso SIIF	17920
Valor Total del Contrato	\$ 13.436.299	Nº Pago	3
Saldo Anterior del Contrato	\$ 10.460.474	Periodo objeto de pago	Del 01/03/2020 Al 31/03/2020
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 7.755.179	Comisiones	\$ 0,00

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	\$ 2.705.295	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 2.705.295	Menos, ReteFuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 1.797.596	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

	Marzo	Febrero			
Nº Planilla PILA, o, Nº Radicación pago SS		9403441901	Valor Base retención en la fuente	1.797.596,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.082.118	\$ 1.082.118	Valor Base retención en la fuente ICA	2.396.795,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 135.300	\$ 135.300	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 173.200	\$ 173.200	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL III	\$ 26.400	\$ 26.400	Menos Retención IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -		Reteica - 8299	23.968,00	1,000%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -			0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000	\$ -			0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.560.700	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta \$ 1.139.424	\$ -				
Salud hasta \$ 569.712	\$ -		Descuentos de Libranza	0,00	
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680	\$ 599.199		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	\$ -		VALOR A PAGAR	\$ 2.681.327,00	

SON: DOS MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y UN MIL TRESCIENTOS VEINTISIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL EN EL AREA DE SALUD-APOYO TERAPÉUTICO Y REHABILITACIÓN(ENFERMERÍA) DE LOS DIVERSOS PROGRAMA FORMACION TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA QUE MANEJA EL CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIO REGIONAL ATLÁNTICO. FICHA 1837101-2026073

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:

1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.

JANINE ALGARIN OROZCO
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:

- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;
- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del periodo de cobro;
- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

PATRICIA ROSMARY SERRANO SANTIAGO
INSTRUCTOR

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:
EL ORDENADOR DEL PAGO

YIZY YELINE CORTÉS PADILLA
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)



PAGO DE FACTURAS

PILA BP

NUM APROBACION: 53322652
NUM REFERENCIA: 0000009403441901
NUM IDENTIFICACION: 22458425
PERIODO: 2020-02
FECHA EFECTIVA: 2020-03-03
VALOR: 334.900
MAR 3 MAR 20 11:52:58
063-04274295-165
785913-593840-844613-137260-41
CONSERVE ESTE TIQUETE. ES EL
UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO. EN
CASO DE RECLAMO LLAMAR A:
A SU OPERADOR.
AGT 22467 CLR 1143255929
09133400-304537

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 22456425		ALGARIN OROZCO JANINE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 71 # 94-127	BARBANKILLA-ATLANTICO	3031741	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo	Salud	Clave	Planilla	Tipo	Fecha	Pago	Valor
2020-02	2020-02	5322452	9403441901	I	2020/03/06	2020/03/03	\$334,900
						Banco	
						Dias Mora	0

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,082,118	\$173,200			\$1,082,118	\$135,300				\$0			\$1,082,118	\$26,400				\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,082,118	\$173,200			\$1,082,118	\$135,300				\$0			\$1,082,118	\$26,400				\$0	
Ciudad: BARBANKILLA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)					\$1,082,118	\$173,200			\$1,082,118	\$135,300				\$0			\$1,082,118	\$26,400				\$0	
1	CC 22456425	ALGARIN JANINE	25-14	30	\$1,082,118	\$173,200	EP5005	30	\$1,082,118	\$135,300		14-23	30	\$0			\$1,082,118	\$26,400				\$0	
Total Afiliados(1)					\$1,082,118	\$173,200			\$1,082,118	\$135,300				\$0			\$1,082,118	\$26,400				\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante		Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 22-458425		ALGARIN OROZCO JANINE	INDEPENDIENTE		PRINCIPAL	CR 71 # 94-127	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3031741	No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-02	2020-02	53272652	9403441901	I	2020/03/06	2020/03/03	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$334,900
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)									
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$173,200	\$0	\$0	\$173,200	\$173,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)									
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$26,400	\$0	\$0	\$26,400	\$26,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)									
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$135,300	\$0	\$0	\$135,300	\$135,300
TOTAL				1	\$334,900	\$0	\$0	\$334,900	\$334,900